

Die Entwicklung der Geschlechtskrankheiten (Morbidity)
während der letzten 15 Jahre
unter besonderer Berücksichtigung der fraglichen Zunahme
der Erkrankung Jugendlicher und der Promiskuität Jugendlicher
(einschließlich der Literatur der letzten 15 Jahre und zusätzlich unter
Berücksichtigung der Münchner bzw. bayerischen Verhältnisse)

Johann Michael Mühlinghaus

=

1961

Digitized by the Internet Archive
in 2026

AUS DER DERMATOLOGISCHEN KLINIK DER
UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Direktor: Prof. Dr. A. Marchionini

**Die Entwicklung der Geschlechtskrankheiten (Morbidity)
während der letzten 15 Jahre
unter besonderer Berücksichtigung der fraglichen Zunahme
der Erkrankung Jugendlicher und der Promiskuität Jugendlicher
(einschließlich der Literatur der letzten 15 Jahre und zusätzlich unter
Berücksichtigung der Münchner bzw. bayerischen Verhältnisse)**

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

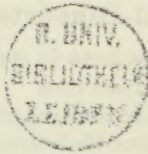
Johann Michael Mühlinghaus
aus Wiesbaden

München 1961

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Priv. Doz. Dr. Dr. S. BORELLI
Mitberichterstatter: Professor Dr. A. MARCHIONINI
Dekan: Professor Dr. W. SEITZ

Tag der mündlichen Prüfung: 21.11.61



MEINEN ELTERN

In den letzten 15 Jahren haben verschiedene Faktoren auf die Entwicklung der Geschlechtskrankheiten bzw. deren Erfassung Einfluss genommen. Auf einige dieser - allgemeinen - Faktoren soll zunächst hingewiesen werden.

An erster Stelle steht in diesem Zusammenhang die Nachkriegssituation. Diese Zeit musste mit ihrer Desperadostimmung (GERFELDT), Arbeitslosigkeit, Wohnungsnot und ihrem Nahrungsmittelmangel die Promiskuität begünstigen und - weil eine ärztliche Versorgung nicht in allen Fällen gewährleistet war - die Krankheitszahlen in die Höhe schnellen lassen. -

Westdeutschland war damals neben Österreich und Dänemark in Europa am stärksten verseucht.

In entgegengesetzter Richtung wirkte das Penicillin, das nach dem Kriege allmählich in die Therapie eingeführt wurde. - Wieweit seinem grossen Effekt Grenzen gesetzt sind, wird später deutlicher werden.

An dritter Stelle sei die Fluktuation der Bevölkerung erwähnt, die in den letzten 15 Jahren in zwei verschiedenen Formen die Morbiditätsziffer belastet hat und Gegenstand besonderer Untersuchungen gewesen ist. In der Nachkriegszeit eine Massenbewegung heimatloser Vertriebener - zeichnet sie heute einen Kreis aus, der zwar zahlenmässig klein, aber umso infektionsgefährdeter ist. Es handelt sich um Menschen, die durch den Begriff "h.w.G.-Personen" (Personen mit häufig wechselndem Geschlechtsverkehr) von den übrigen Prostituierten abgegrenzt werden (s.u.) und die, standortlos und leicht beweglich, als Autobahn-, Messe- und Ausstellungsprostituierte einem entsprechenden örtlich und zeitlich begrenzten Engpass entgegenkommen. HARTUNG und JANSSON wiesen nach, dass man die Zahl der Geschlechtskranken in einem bestimmten Raum in eine korrelative Abhängigkeit zu der Fluktuationsgrösse der Bevölkerung bringen kann. Nach ihren Untersuchungen ist zum Beispiel bei einer Fluktuation von über 5% der Bevölkerung und einer Infektionsquellenerfassung von etwa 30% keine Abnahme der Geschlechtskrankheiten möglich, selbst wenn man alle den Arzt spontan aufsuchenden Kranken ausheilen würde. - Aus diesen Ergebnissen erkennt man den grossen Einfluss der Fluktuation der Bevölkerung auf die Morbidität.

Von entscheidender Wichtigkeit sind schliesslich die Gesetze, die zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten erlassen werden. Liberalen oder mehr gesundheitspolizeilichen Bestrebungen entsprungen - erfassen sie die tatsächliche Anzahl der Kranken mehr oder weniger gut und stellen damit den Wert der Statistik in Frage. Für die Bundesrepublik und West-Berlin bietet sich folgendes Bild: Nach dem Krieg wurde im allgemeinen das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1927 zugrundegelegt, das aber durch Anordnungen der Militärbehörden und der einzelnen Bundesländer Ergänzungen erfuhr. Diese Ergänzungen liefen letzten Endes alle auf eine Verschärfung der Bekämpfung hinaus, betonten den Seuchencharakter der venerischen Krankheiten und dehnten dementsprechend die Meldepflicht für übertragbare Krankheiten auch

auf sie aus. Erst 1953 wurde durch ein Bundesgesetz wieder eine einheitliche Regelung für die Bundesrepublik und West-Berlin geschaffen. In Bezug auf die Erfassung der Kranken meint GRIMM, das neue Gesetz habe die Meldepflicht in eine Meldemöglichkeit verwandelt, indem es auf dem Umweg über die Gebührenerstattung für Infektionsquellenforschung - die jetzt auch Aufgabe des freipraktizierenden Arztes ist - eine indirekte Erfassung bedeute. - Wir werden sehen, wieweit die Ärzteschaft diese Meldemöglichkeit ausgenutzt hat.

Zum Schluss sei kurz auf die Prostitution hingewiesen und die Entwicklung, die sich innerhalb ihres Personenkreises abzeichnet. SCHELSKY schreibt, dass die heutige gelockerte Sexualmoral eine Fülle ausserehelicher Geschlechtsbeziehungen dulde. Als Symptom dafür wertet er das Anwachsen des Personenkreises, der h. w. G. treibt, d. h. sich erwerbsmässig prostituiert, - und das Zurücktreten der gewerbsmässig engagierten konventionellen Prostituierten.

"Der revolutionäre Institutionszerfall der Moderne hat auch die Prostitution nicht verschont und die früher viel profilierten Sexualsitten entdifferenziert" (SCHELSKY). Für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bedeutet diese Tendenz eine Erhöhung der Zahl unentdeckter Kranker, denn der Kreis der h. w. G. - Personen steht den heimlichen Prostituierten ziemlich nahe. Er ist in seiner soziologischen Struktur uneinheitlich (SCHMITH) und entzieht sich aus Unkenntnis, Asozialität, Beweglichkeit und Desinteresse meist der gesundheitlichen Kontrolle - im Gegensatz zum Kreis der gewerblichen Prostituierten. - Es muss aber gesagt werden, dass manche Autoren die strenge Abgrenzung beider Kreise wegen der ständigen Fluktuation aus dem einen in den anderen nur als organisatorisch gerechtfertigt halten. - Die Zahlen sprechen in jedem Fall eine deutliche Sprache: So schreibt BÜTTGENBACH, dass in Köln von 1945 bis 1950 der Prozentsatz der geschlechtskranken registrierten Prostituierten von 20% auf 7% absank, während er gleichzeitig bei den heimlichen Prostituierten von 20% auf 40% anstieg. Als heimliche Prostituierte galten hierbei Personen, die wiederholt in entsprechenden Lokalen bei Razzien aufgegriffen wurden. - BORELLI und STARCK unterteilten für München das Vorkommen in Prostituierte, h. w. G. - Personen und heimliche Dimen und kamen zu dem Ergebnis, dass sich die Morbidität wie 1:3:5 verhält. Diese Angabe deckt sich ungefähr mit dem Ergebnis von THELEN aus Mannheim, der von einer 4 bis 5 mal höheren Erkrankungshäufigkeit der h. w. G. - Personen spricht. - Bedeutsam scheint zu sein, dass innerhalb der Prostitution die jüngeren Jahrgänge immer stärker in den Vordergrund treten. GERFELDT glaubt, der Anteil Minderjähriger an der heimlichen Prostitution habe sich gegenüber früher verdoppelt. Nach BERNSDORF hat sich der Anteil der 16 bis 25 Jährigen von 50% auf 75% erhöht. SALLER schreibt schliesslich, dass von den Mädchen, die 1950 im Bundesgebiet wegen geheimer Prostitution angehalten wurden, 16% noch nicht 14 Jahre alt waren.

Aus diesen Betrachtungen soll deutlich werden, wie sich das Verhältnis zwischen Geschlechtskrankheiten und Prostitution entwickelt hat und welchen Problemen sich eine Erfassung und damit Bekämpfung gegenübergestellt sieht. -

Vor dem Hintergrund dieser allgemeinen Faktoren sollen nun statistische Ergebnisse nach Massgabe ihrer Kompetenz den Tatbestand objektivieren. -

Die Problematik, die den Zahlenangaben auf dem Gebiet der Geschlechtskrankheiten innewohnt, ist bekannt. Ein Beispiel für viele: Die plötzliche und kurzfristige Zwangsbewirtschaftung des Salvarsans 1947 in Niedersachsen bedeutete eine ebenso plötzliche Steigerung der erfassten Syphilisfälle um 42%, LUNDT nimmt an, damit den Prozentsatz bestimmt zu sehen, der ohne ärztliche Meldung behandelt wurde - womit noch nichts gesagt ist über die Fälle, die überhaupt nicht behandelt wurden. Ohne weiter auf Fehlerquellen einzugehen garantiert die bis 1953 eingeführte Meldepflicht ein Bild, das in der Relation der Wirklichkeit entspricht; absolut aber handelt es sich um Mindestwerte.

(TABELLE 1)

TABELLE 1: Neuerkrankungen an Geschlechtskrankheiten auf 10 000 der Bevölkerung im Bundesgebiet (Vergleich: Deutsches Reich)

Jahr	Insgesamt	Syphilis	Gonorrhoe	Männer	Frauen
			davon:		
1927	58,0			83,0	36,1
1934	34,3			46,5	23,0
1946	72,1	19,7 b	50,1 b	68,6 a	86,3 a
1947	65,4	25,3 c	40,1 c	69,2 a	74,3 a
1948	50,2	21,3	28,8	52,5	48,2
1949	34,8	13,4	21,4	35,8	33,9
1950	24,5	8,7	15,7	25,5	23,6
1951	16,6	5,4	11,3	17,0	16,3
1952	14,0	4,1	9,9	13,8	14,3
1953	12,7	3,0	9,6	12,3	13,0

a = Teilergebnis (1946 = 6, 1947 = 7 Berichtsländer)

b = ohne Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Hessen, Baden und Württemberg-Hohenzollern

c = wie b aber mit Hessen

Der Rückgang der Morbidität von 1934 auf 1/3 im Jahre 1953 ist neben dem Penicillin natürlich auch den geordneteren Verhältnissen zu verdanken, die nach dem Kriege allmählich wieder eintraten. Abgesehen davon imponiert besonders die Verschiebung innerhalb der Geschlechter, wobei der Anteil der weiblichen Patienten den der männlichen entweder fast erreicht oder sogar übersteigt - eine Feststellung, die weder im Ausland noch bei den Reichszählungen von 1927 und 1934 gemacht werden konnte. RITTER sieht den Frauenüberschuss, die gezielten Razzien auf weibliche Personen und die fehlenden Erkrankungszahlen männlicher Besatzungsangehöriger als Gründe für dieses ungewohnte Phänomen an. LUNDT

berichtet dazu aus Hannover, dass die Zunahme der weiblichen Kranken besonders bei der Gonorrhoe zu erkennen sei und das 2,4 fache des Wertes von 1919 betrage. (1,2 fach bei der Syphilis).

Interessant ist ferner die Tatsache, dass die Syphiliswelle erst 2-3 Jahre nach Kriegsende ihren Höhepunkt hatte. Das gilt nicht nur absolut und in Bezug auf die Bevölkerung (TABELLE 1); auch innerhalb der venerischen Infektionen bewegt sich 1947 - 1950 der Koeffizient Gonorrhoe : Syphilis zwischen 1 und 2, um erst 1953 wieder 3,5 zu erreichen (TABELLE 2). - TABELLE 3 vervollständigt den Überblick über eine Entwicklung, die RITTER 1953 zu der Behauptung veranlassen konnte, die Geschlechtskrankheiten bedeuteten epidemiologisch keine Gefahr mehr.

TABELLE 2: Von 100 Neuerkranken litten an

Jahr	Gonorrhoe:	Syphilis:
1927	78,5	21,5
1934	78,9	21,1
1946	71,8	28,2
1947	61,3	38,7
1948	57,5	42,5
1949	61,5	38,5
1950	64,2	35,8
1951	67,6	32,4
1952	70,7	29,3
1953	76,1	23,9

TABELLE 3: Fälle von Ulcus molle und Lymphogranuloma inguinale in der Bundesrepublik:

1947:	653	1950:	158
1948:	474	1951:	129
1949:	336		

Das Bundesgesetz von 1953 hob die Meldepflicht auf und verwandelte sie über die Gebührenersatzung in eine Meldemöglichkeit (GRIMM). Abgesehen davon, dass das zu diesem Zweck für den praktizierenden Arzt entworfene statistische Zahlblatt aus technischen Gründen keine Gewähr für eine einwandfreie Statistik bietet (RACHOLD), haben ausser den Dermatologen die übrigen Ärzte von dieser Möglichkeit nur geringen Gebrauch gemacht. Zahlenangaben ab 1953 müssen also unter Berücksichtigung dieser Tatsache gewertet werden. Soweit überhaupt vorhanden - sind sie in einzelnen Städten gewonnen und sollen nun, synoptisch benutzt, die fehlende Bundesstatistik vertreten.

Für West-Berlin hat GRIMM die Ergebnisse der dortigen Gesundheitsverwaltung zu-

sammengefasst, die zunächst diskutiert werden sollen (TABELLE 4).

TABELLE 4: Jährlicher Zugang an neuen Geschlechtskrankheiten auf 10 000 der West-Berliner Bevölkerung:

1947:	105,8	1951:	38,5	1955:	31,4
1948:	71,4	1952:	20,2	1956:	35,1
1949:	56,9	1953:	19,8	1957:	37,1
1950:	46,0	1954:	20,0	1958:	34,9

Von der gesetzlichen Situation ausgehend muss man wissen, dass in Berlin von 1947 bis 1951 die Meldepflicht vorgeschrieben - und dann von 1951 bis 1953 auf Grund des wieder eingeführten Gesetzes von 1927 aufgehoben war; ab 1953 galt dann die bedingte Meldepflicht oder Meldemöglichkeit. Einigermassen vergleichbar ist also nur die Periode der Meldepflicht mit der der Meldemöglichkeit, wobei die Zahlen der letzteren wegen der Anlaufzeit des Gesetzes erst ab 1955 gelten und eher zu niedrig sind. Umso erstaunlicher ist, dass der Erkrankungsstand seit 1955 dem Niveau von 1951 wieder zuzustreben scheint, bzw. es wahrscheinlich auch während der fehlenden Meldepflicht gehalten hat. GRIMM macht für diese alarmierende Nachricht einerseits die Leichtfertigkeit des Publikums verantwortlich, das sich wegen der schnellen Heilbarkeit der Geschlechtskrankheiten bedenkenlos dem Infektionsrisiko hingibt. Andererseits hegt er die Befürchtung, dass die modernen Therapeutika einen grossen Teil der Patienten gar nicht erreichen. Er bezweifelt in diesem Zusammenhang, dass die Geschlechtskrankenfürsorge, die an die abolitionistischen Tendenzen des alten Reichsgesetzes anknüpft, noch den heutigen Anforderungen genügt. Nach seiner Meinung stehen nämlich den etwa 2500 kontrollierten Prostituierten 1600 unkontrollierte - und h.w.G. - Personen gegenüber. Diese entziehen sich jeder Sanierung und sind nicht zu erfassen, ohne den Fürsorgecharakter des Gesetzes zu verletzen bzw. ohne die Kompetenzen der ausführenden Organe zu überschreiten. Nur eine Verordnung, die dieser eindeutig gesundheitspolizeilichen Aufgabe gerecht wird, könne auf die Dauer die Morbidität in West-Berlin senken.

WEISE und SIMON haben mit eigenen Ergebnissen die Überlegungen GRIMMS bestätigt. Sie stellten auf der halbgeschlossenen venerologischen Frauenstation des Rudolf Virchow-Krankenhauses Berlin ein starkes Ansteigen der Aufnahmeziffer fest. (TABELLE 5).

TABELLE 5: Zahl der Patienten auf der Frauenstation und Aufteilung nach Diagnosen:

	1954	1955	1956	1957	1958
Aufnahmen:	334	563	687	714	672
Gonorrhoe: %	58,9	62,0	52,9	67,6	64,0
Lues florida: %	1,5	5,0	1,9	1,9	4,0

(Die Differenz zu 100% machen Lues latens und Beobachtungsfälle aus)

Um zu ermitteln, wieviele ihrer Patienten unkontrollierte Prostituierte waren, legten sie ihnen die Frage vor, ob der letzte Geschlechtsverkehr mit einem bekannten oder unbekannten Partner stattgefunden habe. Trotz aller Bedenken gegen die eindeutige Beweiskraft dieser Art der Ermittlung scheint das Ergebnis zu zeigen (TABELLE 6), dass es tatsächlich nicht erfasste Prostituierte waren, welche die Aufnahmeziffern in die Höhe trieben. Aufschlussreich ist auch, dass TABELLE 5 eine Zunahme der frischen Luesfälle zeigt (s. u. TABELLE 16).

TABELLE 6: Prostituierte unter den Patienten (Indiz: letzter Partner unbekannt):

1954	1955	1956	1957	1958
2, 9%	20, 6%	34, 1%	31, 8%	46, 5%

WEISE hat ferner wiederholt darauf hingewiesen, dass in Berlin das politische und gesetzgeberische Druckgefälle eine Menge Personen aus Zweckmässigkeit in den Westen ausweichen lässt, die damit die Statistik zu Unrecht belasten; dazu kommen in dieser Stadt noch die Flüchtlingslager mit ihrer die Promiskuität begünstigenden Atmosphäre. - Im weiteren sieht WEISE den neuralgischen Punkt der modernen Geschlechtskrankenbekämpfung darin, dass durch das Gesetz von 1953 dem überlasteten praktischen Arzt auch noch die Nachbeobachtung und Infektionsquellenerforschung aufgebürdet wird, Aufgaben, denen er sich als nicht gewachsen erwiesen hat. - Therapieresistenz nimmt WEISE dagegen kaum als Ursache der jüngsten Entwicklung an.

Wie THELEN für Mannheim so hat für Bremen DOERKS die entsprechenden Zahlen veröffentlicht und in ähnlicher Weise wie die übrigen Autoren kommentiert. (TABELLE 7). Seiner Meinung nach hat das Bundesgesetz von 1953 weder das seuchenhygienische - noch das fürsorgetische Ziel erreicht und das Wachsen der heimlichen Prostitution nicht verhindern können. Er spricht von einer regelmässigen Kontrolle bei höchstens 20% der Dimen und fordert die Aufhebung des § 28 des Bundesgesetzes. Durch diesen § 28 wird § 327 des St.G.B. ausser Kraft gesetzt, nach dem derjenige mit Gefängnisstrafe bis zu 2 Jahren bedroht wird, der wissentlich Massregeln der zuständigen Behörde zur Verhütung und Verbreitung ansteckender Krankheiten verletzt.

TABELLE 7: Neuerkrankungen an Gonorrhoe auf 10 000 der Bevölkerung
(in Mannheim absolut)

	Bremen	Mannheim
1952	-	1200
1953	15,0	1200
1954	16,9	800
1955	26,5	800
1956	27,2	1200
1957	33,5	1300
1958	35,0	-
1959	-	-

Die Angaben der Gesundheitsbehörde Hamburg (ATMER, TABELLE 8) ergänzen die übrigen Veröffentlichungen und bestätigen genau wie die Ergebnisse der Beratungsstelle des Gesundheitsamtes Dortmund (HOMPESCH, TABELLE 9) die gerade in den letzten Jahren zunehmende Morbidität.

TABELLE 8

Die Geschlechtskrankheiten in Hamburg seit 1946 (absolut)

Jahr	Gonorrhoe		Lues	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
1946	1808	1761	594	785
1947	3853	3056	1773	2090
1948	4070	2050	1676	1494
1949	3611	1661	998	995
1950	3036	1750	552	612
1951	2123	1774	338	345
1952	2421	1327	297	175
1953	2082	1292	227	142
1954	2162	1057	175	109
1955	2052	1208	136	73
1956	2391	1378	221	125
1957	2456	1545	216	115
1958	2707	1729	133	96
1959	3087	1836	229	123
1960	3406	1882	390	163

TABELLE 9

Die Geschlechtskrankheiten in Dortmund seit 1946 (absolut)

Jahr	Gonorrhoe		Lues	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
1946	1003	1312	539	899
1947	1165	1253	998	1472
1948	505	543	582	837
1949	427	454	379	439
1950	528	453	341	353
1951	457	394	153	163
1952	477	331	134	119
1953	589	391	137	151
1954	615	390	96	132
1955	576	290	87	95
1956	554	295	100	75
1957	544	259	84	71
1958	642	289	60	73
1959	610	311	101	98
1960	585	349	185	163

SIEBERT berichtet, dass in der Männerambulanz der Hautklinik Köln im letzten halben Jahr doppelt so viele Neuerkrankungen an Lues 1 und Lues 2 zu verzeichnen waren wie im Jahresdurchschnitt der letzten drei Jahre, während die Zahl der Gonorrhoe-Fälle um 14% anstieg.

Demgegenüber teilt GUTHF mit, dass in Kopenhagen in den letzten 4 Wochen des Jahres 1960 mehr neue Syphilisinfektionen bekannt wurden als im ganzen Jahr 1958 zusammen. Als Grund führt er einerseits Immunität gegen die modernen Therapeutika, andererseits die Versenkung homosexueller Kreise an. Es ist interessant, dass auf der Tagung der Schweizerischen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten am 3. 10. 60 in Lausanne ebenfalls die Homosexualität für die Zunahme der Lues 1957/58 in der Schweiz verantwortlich gemacht wurde. ---

Die folgenden Unterlagen betreffen ausländische Staaten. So wird gemeldet, dass in Frankreich die Zahl der frischen Luesfälle im Jahr 1956 1157-, im Jahre 1958 aber 1461 betrug, dass in den USA die Erkrankungsquote für frische Lues 1959 um 22,8%, - für Gonorrhoe um 6,3% höher lag als 1958 und, dass - nach einer Untersuchung der Weltgesundheitsorganisation - seit 1950 nur in 4 von 22 Ländern die Gonorrhoe abgefallen - in 16 dagegen angestiegen sei. Diese Nachrichten widersprechen ebenso wie die folgende TABELLE 10 der weitverbreiteten Ansicht, dass die Geschlechtskrankheiten sich auf einem kontinuierlichen Rückzug befänden. Dass auch in der sowjetischen Besatzungszone trotz Einführung der namentlichen Meldepflicht und anderer scharfer gesundheitspolizeilicher Bestimmungen die Gonorrhoe-Morbidität nicht wesentlich zurückgegangen ist, wirkt besonders auffallend.

lend und lässt in dem Ursachenkomplex überregionale Zusammenhänge vermuten.

TABELLE 10: Gonorrhoe-Morbidität in: (Berichte der Weltgesundheitsorganisation)

Jahr	England	Ostzone	Norwegen
1951	18 064	30 131	1 947
1952	19 095	38 939	1 933
1953	19 263	38 450	1 647
1954	17 536	34 534	1 560
1955	17 845	31 524	1 866
1956	20 388	29 445	2 002
1957	24 381	28 385	1 916
1958	-	-	1 910
1959	31 334	-	-

Im folgenden wird versucht werden, etwas über die fragliche Zunahme der Promiskuität Jugendlicher und der Erkrankung Jugendlicher auszusagen. Zur Promiskuität als anthropologisch-biologischem Phänomen sei zunächst SCHELSKY zitiert: "Der Mensch verfügt im Ablauf seines Sexualverhaltens nicht über eindeutige Instinktmechanismen oder angeborene Schemata der Reizauslösung. Diese allgemeine Instinktreduktion hat zur universalen Plastizität (GEHLEN) des menschlichen Sexualverhaltens geführt. In diesem Antriebsüberschuss und dieser Instinktingesicherheit des menschlichen Sexualverhaltens steckt eine ausserordentliche Gefährdung des biologischen Wesens Mensch, die man als Tendenz zur Pan-Sexualität und als Zug zur unregelten Promiskuität bestimmen kann".

Zur Promiskuität als Bedürfnis bei Mann und Frau äussert sich KINSEY: Er stellt fest, dass der Mann während seines Lebens eine Vielzahl sexueller Partner wählen würde, bestünden in dieser Hinsicht keine sozialen Beschränkungen, wohingegen: "die Frau an einer Vielzahl von Partnern weniger interessiert sei". Diesen Unterschied führt er erstens auf Differenzen der sexuellen Reaktionsfähigkeit bei Männern und Frauen und zweitens auf Differenzen in der Prägung der beiden Geschlechter zurück. Unterschiede in der Prägung bedeuten, dass die Gründe für die grössere Promiskuität des Mannes von einer Vielfalt psychologischer Eigenschaften abhängen, die sich bei der Frau nicht so oft finden.

Vor dem Hintergrund der anthropologisch-biologischen und der geschlechtsgebunden-psychologischen Betrachtung als verhältnismässig stabilen Faktoren, stellt sich nun die Frage nach der Promiskuität im engeren und labileren Sinne. Gemeint ist die Promiskuität, die uns in Abhängigkeit von kulturellen, historischen und soziologischen Bedingungen entgegentritt, als Teil der Sexualität deren ausserordentlicher Formbarkeit (BÜRGER-PRINZ) ausgesetzt ist und Gegenstand unserer Untersuchung ist. Exakte Unterlagen über die Entwicklung der letzten 15 Jahre sind wegen der heiklen Thematik, der schwierigen Abgrenzung des Begriffes und

des offensichtlich mangelnden wissenschaftlichen Wohlwollens nicht zu erhalten. Die statistischen Ergebnisse, die hier erwähnt werden sollen, können nur den Charakter von Indizienbeweisen haben, ganz abgesehen davon, dass sie nicht Deutschland und den angegebenen Zeitraum betreffen.

1) So veröffentlicht GIESE eine Tabelle von M.L. TERMAN, nach welcher der Prozentsatz jungfräulicher Bräute in den USA zwischen den Geburtsjahren 1880 und 1940 von 90% auf 2% absank.

Der KINSEY-REPORT berichtet:

2) Der Prozentsatz der Personen, die vorehelichen Geschlechtsverkehr trieben, stieg bei den vor 1900 geborenen während ihres 15.-20. Lebensjahres von 2% auf 8%, bei den zwischen 1920 und 1930 geborenen aber von 3% auf 23% an.

3) Der Prozentsatz derjenigen Personen, die im Alter von 16-20 Jahren ausserehelichen Geschlechtsverkehr trieben, betrug bei den zwischen 1890 und 1900 geborenen 2%, bei den zwischen 1920 und 1930 geborenen 3%. Die entsprechenden Zahlen für die 21-25 Jährigen: 4% und 12%.

4) Vergleicht man die kumulative Verbreitung des hetero-sexuellen Verkehrs und vorehelichen Geschlechtsverkehrs bei 2 Generationen, so zeigt sich, dass die jüngere Generation offenbar 1-2 Jahre früher aktiv wird.

(Zeit der Befragung: zwischen 1950 und 1955)

Durchschnittsalter: 43,1 Jahre und 21,2 Jahre

Repräsentativgruppe: Volksschüler)

Alle diese Ergebnisse sind nur beschränkt für unsere Untersuchung verwertbar. Es ist aus ihnen einzig und allein abzulesen, dass die Gelegenheit zur Promiskuität und damit die Wahrscheinlichkeit einer Promiskuitätszunahme bei den Jugendlichen grösser geworden ist.

Von verschiedenen Seiten werden die Phänomene der Akzeleration, - wie zum Beispiel die früher auftretende Menarche, als Beweise für eine entsprechend früher auftretende sexuelle Aktivität gedeutet. Es muss aber gesagt werden, dass es sich bei der Menarche um ein biologisches Geschehen handelt, das mit einer entsprechenden psychischen Entwicklung, wie sie die Promiskuität voraussetzt, Hand in Hand gehen kann, aber nicht muss (VON STOCKERT).

Zum Schluss seien noch einige allgemeine Aussagen über die Entwicklung der Promiskuität angeführt. So verweist BERNSDORF auf die Emanzipation der Frau auch im sexuellen Verhalten. Das bedeute, dass die Frau immer mehr das Recht des vor- und ausserehelichen Geschlechtsverkehrs in Anspruch nehmen und dadurch die Tendenz zur Bildung lockerer vorehelicher Verhältnisse fördere. Er stellt in diesem Zusammenhang fest: "Die Zunahme der vorehelichen Promiskuität bedeutet für alle Schichten der Klassengesellschaft die Möglichkeit, auf die Prostitution zu verzichten."

WEISE spricht von einer Zunahme der Promiskuität im allgemeinen und der Jugendlichen im besonderen (s.u.). GRIMM meint, die Promiskuität der Jugendlichen

habe als Folge einer Umwertung im seelischen Bereich zugenommen und werde durch materielle Übersättigung, grösseren Überfluss, Tolerierung in der öffentlichen Meinung und unter Einfluss bestimmter Kreise, der Presse und des Films verstärkt.

Die Äusserungen anderer Autoren weisen in entgegengesetzter Richtung. So kommentiert SALLER den KINSEY-REPORT und schreibt: "Das Petting vollzieht sich in ausgesprochener Promiskuität, ganz im Gegensatz zum vorehelichen Geschlechtsverkehr." Allerdings ist dabei zu berücksichtigen, dass Amerika andere sexuelle Verhaltensweisen entwickelt hat und ein Vergleich mit europäischem Verhalten einer besonderen Untersuchung bedarf. Interessanter ist ein Satz von GOTTSCHALK - ebenfalls bei SALLER zitiert: "Die Beobachtung freisinnig erzogener moderner Jugend zeigt ohne Zweifel das genaue Gegenteil der Promiskuität: Je leichter zugänglich sexuelle Verbindungen werden, eine desto grössere Rolle spielen persönliche Bindungen und tiefgehende Sympathiereaktionen."

Damit soll die Betrachtung über die Promiskuität in diesem Rahmen abgeschlossen werden. Sie konnte nur sehr summarisch sein und zeigte die Schwierigkeit, die sich einer Untersuchung entgegenstellt.

Ähnlich ist es bei einer Prüfung der Frage, wie weit Jugendliche an der Morbidität beteiligt sind.

Das Material zu diesem Zweck ist spärlich, nicht zuletzt auch deshalb, weil in vielen Städten eine gesundheitliche Kontrolle und Erfassung erst nach dem 21. Lebensjahr einsetzt. Das geschieht auf Wunsch des Jugendamtes, das in regelmässigen Untersuchungen eine indirekte Einverständniserklärung der Behörden mit dem Lebenswandel der Jugendlichen sieht (FALLINER). -- Einzelheiten liefert FALLINER aus Bremen (TABELLE 11, 12).

TABELLE 11: Jugendliche unter 18 Jahren

Jahr	Zahl der vorgeführten Mädchen	Davon geschlechtskrank	Virgo
1956	101	26	10
1957	85	25	6
1958	95	26	9

TABELLE 12: Altersmässige Gliederung der Jugendlichen

Lebensalter	Zahl der untersuchten Mädchen	Virgo	geschlechtskrank
13	3	1	-
14	9	2	-
15	16	4	-
16	60	6	17
17	92	10	22
18	118	2	47

Wenn die Zahlen auch nur bedingten Wert haben, weil sie weder eine systematische Erfassung repräsentieren noch in Beziehung zur Gesamtmorbidität in Bremen stehen, so lässt sich doch folgendes erkennen:

1. Von den zugeführten Mädchen war ungefähr ein Viertel geschlechtskrank. (TAB. 11).
2. 90% hatten bereits Geschlechtsverkehr; die meisten gaben h.w.G. zu. (TAB. 11).
3. Geschlechtsverkehr ist vom 13. Lebensjahr keine Seltenheit mehr. (TAB. 12).
4. H.w.G. mit dem entsprechend grosseren Infektionsrisiko scheint erst vom 16. Lebensjahr betrieben zu werden. (TAB. 12).

WEISE und SIMON konnten für West-Berlin einen noch ergiebigeren Beitrag zu diesem Problem leisten. Sie schlüsselten die Patienten ihrer halbgeschlossenen Frauenstation (s.o.) altersmässig auf (TABELLE 13) und stellten ein eindeutiges Ansteigen der Erkrankungsziffer bei 15-18 Jährigen fest.

TABELLE 13: Prozentsatz der 15-18 Jährigen (und jünger)

1954	1955	1956	1957	1958
10,2%	15,2%	19,2%	28,4%	33,1%

Sehr gut verwertbare Ergebnisse liefert HOMPESCH für die Beratungsstelle der Stadt Dortmund (TABELLE 14). Auch hier fällt neben dem allgemeinen Anstieg der Morbidität der besondere Zuwachs in den letzten Jahren auf und der verhältnismässig grosse Prozentsatz an Syphilis.

TABELLE 14: Geschlechtskrankheiten in Dortmund bei Jugendlichen im Alter von 14-18 Jahren.

Jahr	Gonorrhoe		Lues	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
1950	2	11	1	5
1951	2	10	-	4
1952	5	12	-	3
1953	6	13	1	-
1954	4	13	-	2
1955	6	11	-	1
1956	4	17	-	5
1957	7	17	-	3
1958	7	23	-	-
1959	5	24	-	3
1960	11	26	1	5

Auch im Ausland vergrößert sich offensichtlich der Prozentsatz jugendlicher Kranker. So wird aus England berichtet, dass der Anteil der an Gonorrhoe erkrankten Mädchen im Alter von 18 und 19 Jahren an 147 Kliniken zwischen 1957 und 1958 um 27,9% zugenommen habe; bei männlichen Patienten gleicher Altersstufe habe er sich sogar um 36,3% erhöht.

GUTHE erklärt in einem Bericht der Weltgesundheitsorganisation vom 10.1.61, dass die jüngste Zunahme der Geschlechtskrankheiten besonders die Halbwüchsigen betreffe, - nicht nur in der Altersgruppe von 15-19 Jahren, sondern sogar darunter.

Für die USA meldet das AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH in 27 Staaten und 39 grösseren Städten 1958 wiederum ein Anwachsen der Zahl geschlechtskranker Teenager. Es werden 200 000 unter 20 Jahre alte Patienten vermutet, dazu pro bekannten Fall drei unbekannte. Noch genauer informiert die AMERICAN SOCIAL HEALTH ASSOCIATION und schreibt, dass seit 1956 die Zahl der gemeldeten Syphilis-Fälle bei 15-19 Jährigen von 10 auf 22, - die Zahl der Gonorrhoe-Fälle von 408 auf 428 pro 100 000 Einwohner angestiegen sei; der Anteil der Jugendlichen an allen venerischen Krankheiten sei dreimal so gross wie beim Durchschnitt aller anderen Altersgruppen.

Mit diesen Darstellungen soll der literarische Teil unserer Arbeit abgeschlossen sein. Es wird nun noch ein Blick auf die Münchener Verhältnisse gerichtet, wobei zu betonen ist, dass es sich um rein aus der örtlichen Situation sich ergebende Fakten handelt. - Relativangaben in Bezug auf die Bevölkerung liegen nur für die Jahre 1956 bis 1958 vor, deuten aber trotzdem auf eine steigende Tendenz wie in den andern Städten (TABELLE 15).

TABELLE 15: Geschlechtskrankheiten in München auf 10 000 der Bevölkerung

1956	1957	1958
29	30	38

Das Gesundheitsamt München (Geschlechtskrankenfürsorgestelle) hat mir dankenswerterweise Einblick in die dortigen Arbeitsunterlagen gewährt. Dabei ergaben sich höchst interessante Sachverhalte. Die Auswertung der TABELLE 16 (HERMANNSTORFER) zeigt:

1. In den letzten 8 Jahren - 1952 kann man die Nachkriegswirren als überwunden betrachten - ist die Gesamtmorbidität nur um ca. 20% gesunken.
2. Die Gonorrhoe hat ihren prozentualen Anteil mehr oder weniger gehalten, während die Syphilis insgesamt zurückgegangen ist.
3. Die frische Syphilis - ein Indikator für die Aktivität der Geschlechtskrankheiten (HERMANNSTORFER) - zeigt in den letzten vier Jahren einen deutlichen Anstieg (s.o. TAB. 5).

TABELLE 16: Morbiditätszahlen des vom Gesundheitsamt überwachten und am Gesundheitsamt regelmässig untersuchten Personenkreises in Prozentzahlen:

Jahr	1952	53	54	55	56	57	58	59	60
Gonorrhoe %	17,5	22,5	21,5	22,3	28,3	28,2	29	26,3	24,4
Lues (gesamt) %	33,0	27,3	24,0	22,1	26,8	14,3	12,3	18,4	12,35
Lues (frisch) %	2,25	1,25	1,0	1,2	1,1	1,05	2,9	4,5	3,85
Gesamtmorbidität %	52	51	46	45	56	43	44	49	40

Diese Tatsachen sind umso erstaunlicher, als es sich hierbei um eine regelmässig kontrollierte Personengruppe handelt, die auch statistischen Kriterien standhält. Somit ist zu vermuten, dass es nicht nur Erfassungsschwierigkeiten sein können, die heute an der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten schuld sind. Dass sie allerdings auch in München eine Rolle spielen, macht folgende Überlegung klar: Seit 1952 fiel die Absolutzahl der auf dem Gesundheitsamt erfassten Krankheiten kontinuierlich von 3543 auf 1197, also viel stärker (um ca. 66%), als die oben erwähnte prozentuale Gesamtmorbidität (um ca. 20%). Das konnte nur möglich sein, wenn im gleichen Zeitraum die Zahl der kontrollierten Personen ebenfalls geringer wurde - und das liess sich in der Tat feststellen. (1952 = 1649 Personen; 1960 = 1139 Personen). Da unwahrscheinlich ist, dass die Prostitution generell in München eine rückläufige Tendenz aufweist, geht zumindest dieses Defizit zu Lasten der heimlichen Prostitution; diese beeinflusst dann höchstwahrscheinlich die Relativzahlen (TABELLE 12) in entsprechender Weise.

Die TABELLEN 17 und 18 sollen das verhältnismässig konstante Niveau der Morbidität bei Gesundheitsstreifen (s.u.) und bei, durch die Behörden veranlassenen Krankenhauseinweisungen demonstrieren.

TABELLE 17: Morbidität bei Gesundheitsstreifen (%)

Jahr	52	53	54	55	56	57	58	59	60
%	48	40	30	32	32	26	29	24	28

TABELLE 18: Morbidität bei Krankenhauseinweisungen (%) (Frauen)

Jahr	52	53	54	55	56	57	58	59	60
%	80	81	71	75	84	73	72	74	71

Zum Abschluss wird die Frage gestellt, wie weit von einer Zunahme der Promiskuität Jugendlicher in München gesprochen werden kann. Zu diesem Zweck wurde die Arbeitshypothese zugrunde gelegt, dass eine Promiskuitätszunahme sich durch Ansteigen des Prozentsatzes minderjähriger Personen bei Spontanerfassungen bemerkbar machen müsse. Zur Spontanerfassung werden auf der einen Seite Gesundheits-

streifen eingesetzt, die - "als geeignete Massnahme aus der Praxis der Gesundheitsbehörde entwickelt" (Bundesgesetz 1953 § 15/1) - entsprechende einschlägige Lokale aufsuchen. Auf der anderen Seite existiert in München seit 1956 eine sog. "Sichtungsstelle", in der freie und öffentliche Fürsorgeverbände, das Gesundheitsamt, weibliche Kriminalpolizei und Polizei in der fürsorgerischen Vor-sichtung aufgegriffener und streunender Personen zusammenarbeiten. Die TA-BELLEN 19 und 20 bieten die Ergebnisse, welche vermuten lassen, dass auch in München mit einer anwachsenden Promiskuität Jugendlicher zu rechnen ist.

TABELLE 19: 1. Anteil Jugendlicher bis 21 Jahre an der Erfassung durch Gesundheitsstreifen (%)

Jahr	1952	53	54	55	56	57	58	59	60
%	21	24	38	39	39	44	50	61	63

2. Anteil Jugendlicher bis 17 Jahre an der Erfassung durch Gesundheitsstreifen (%)

Jahr	1954	55	56	57	58	59	60
%	7	4	3	8	16	16	27

TABELLE 20: 1. Anteil Jugendlicher bis 21 Jahre auf der Sichtungsstelle (%)

Jahr	1956	57	58	59	60
%	45	43	45	48	54

2. Anteil Jugendlicher bis 17 Jahre auf der Sichtungsstelle (%)

Jahr	1959	60
%	15	20

ZUSAMMENFASSUNG

Es wird zunächst auf allgemeine Faktoren wie Fluktuation, Prostitution und gesetzgeberische Situation hingewiesen und dann an Hand der Bundesstatistik bis 1953 das Abfallen der Geschlechtskrankheiten verfolgt. Ab 1953 müssen die Zahlenangaben einzelner deutscher Städte und Veröffentlichungen des Auslandes herangezogen werden. Aus ihnen geht hervor, dass die Morbidität in den letzten 8 Jahren entgegen allen Erwartungen ihr Niveau gehalten hat bzw. sogar grösser geworden ist. Als Ursache sehen viele deutsche Autoren die liberalen Gesetze an, die eine Erfassung und Sanierung der heimlichen Prostituierten - bzw. besser gesagt, der Personen mit häufig wechselndem Geschlechtsverkehr beiderlei Geschlechts - unmöglich machen und dem praktizierenden Arzt mit der Infektionsquellenerforschung eine zu schwere Last aufbürden. Demgegenüber stellen ausländische Autoren die Therapieresistenz als Ursache in den Vordergrund. - Die Zunahme auch der jugendlichen Patienten wird aus dem spärlichen Material dennoch ablesbar und mit modernen Umweltfaktoren in Verbindung gebracht. -

Der Begriff Promiskuität wird aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet, und es wird versucht, über die Entwicklung dieses Phänomens etwas auszusagen. -

Am Ende steht eine Betrachtung der Münchener Verhältnisse. Auffallenderweise zeigen die Untersuchungen auf dem Gesundheitsamt, dass auch innerhalb eines kontrollierten Personenkreises die Infektionen nicht entscheidend gesenkt werden konnten und, dass die frische Lues in den letzten Jahren sogar anstieg. -- Auf eine Zunahme der Promiskuität Jugendlicher wird aus deren steigendem Prozentsatz bei Spontanerfassungen geschlossen.

LITERATURVERZEICHNIS

1. AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH Nr. 6, S. 843 ff., (1959).
2. ATMER, .: Mitteilungen der Gesundheitsbehörde Hamburg 1961
3. BORELLI, S. und W. STARCK: Die Prostitution als psychologisches Problem, Berlin-Göttingen-Heidelberg (Springer-Verlag), 1957, Seite 43 ff.
4. BRABETZ, V.: Prostitution als Infektionsquelle, Zeitschr. Haut- u. Geschlechtskrankheiten 13, Heft 1, (1953)
5. BÜTTGENBACH, P.: Überblick über die soziologische Struktur der Prostituierten, Zeitschr. Der öffentl. Gesundh.dienst 13, 257-266, (1951).
6. DOERKS, G.: Die gesundheitliche Kontrolle der Prostitution und der § 28 des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1953, Zeitschr. Der öffentl. Gesundheitsdienst 3, 94-99, (1960).
7. FALLINER, H.: Probleme und Erfahrungen bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in einer Hafenstadt, Zeitschr. Der öffentl. Gesundheitsdienst, 22. Jahrgang, Heft 2, 52-61, (1960).
8. GERFELDT, E.: Sozialbiologische Wandlungen der Geschlechtskrankheiten, Zeitschr. f. Hautkrankh. 5, 437-445, (1948).
9. GIESE, H.: Die Sexualität des Menschen, Stuttgart (Ferdinand Enke-Verlag), 1955, S. 265, 240 ff. 550-555, 580, 284 ff.
10. GIESE, H.: Mensch, Geschlecht, Gesellschaft, 2. Auflage, Baden-Baden (Verlag für angewandte Wissenschaften), 1961
11. GRIMM, W.: Geschlechtskrankheiten und ihre Verbreitung durch die Prostitution in West-Berlin, Zeitschr. Soziale Arbeit 5, 199-206, (1960).
12. GUTHE, TH.: Geschlechtskrankheiten wieder im Zunehmen, Zeitungsausschnittsdienst des Städt. Nachrichtendienstes "Der Bund" Bern, Nr. 15, 11. Januar 1961.
13. HARMSSEN, H.: Der Wiederanstieg der Geschlechtskrankheiten erfordert präventive Massnahmen, Zeitschr. Hamburger Ärzteblatt 12, (1959).
14. HARTUNG, J. und H. JANSSON: Über die Korrelation zwischen Fluktuation und Geschlechtskrankheiten, Zeitschr. Hautkrankheiten 16, 343-349, (1954)
15. HARTUNG, J.: Schwierigkeiten in der Erfassung von Kontaktpersonen Geschlechtskranker, Bundesgesundheitsblatt, 391-392, (1959).
16. HERMANNSTORFER, R.: Mitteilungen der Geschlechtskrankenfürsorge München. 1961

17. HOMPESCH, J.: Mitteilungen der Geschlechtskrankenberatungsstelle Dortmund. 1961
18. JUNG, H.D.: Verbreitung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in einem Agrarbezirk (Neubrandenburg) der DDR während der letzten sechs Jahre, Zeitschr. International. Journal f. prophylakt. Medizin und Sozialhygiene 3, 1-6, (1960).
19. JUNG, H.D. und H. KÜLLER: Probleme der Geschlechtskrankenbekämpfung, Zeitschr. Das dt. Gesundheitswesen, Heft 8, 366-369, (1959).
20. KINSEY, A.C., W.B. POMEROY, C.E. MARTIN: Das sexuelle Verhalten des Mannes, 1.-12. Tausend, Berlin-Frankfurt (G.B. Fischer u. Co. Verlags- und Vertriebsgesellschaft) 1955, S. 365 ff.
21. KINSEY, A.C., W.B. POMEROY, C.E. MARTIN, P.H. GEBHARD: Das sexuelle Verhalten der Frau, 1.-10. Tausend, Berlin-Frankfurt (G.B. Fischer u. Co. Verlags- und Vertriebsgesellschaft), 1954, S. 195-200, S. 231 ff., 325 ff., 531-533.
22. KRÜGER, W.: Das Problem des häufig wechselnden Geschlechtsverkehrs vom Blickpunkt einer mittelgrossen Industriestadt (Plauen) aus gesehen, Zeitschr. Deutsches Gesundheitswesen, 1200-1206, (1955).
23. LANGER, E. und W. BRANDT: Geschlechtskrankheiten bei Kindern und Jugendlichen, 1.-5. Tausend, Berlin (Berliner Medizinische Verlagsanstalt G.m.b.H.) 1947.
24. LUNDT, V.: Zur Epidemiologie der Geschlechtskrankheiten in der Nachkriegszeit. Erhebungen in Hannover vom 1.1.1946 bis 30.6.1948, Zeitschr. Der öffentl. Gesundheitsdienst 11, 369-375, (1950).
25. NITZ, M.: Ärztliche Probleme im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten, Zeitschr. Der öffentl. Gesundheitsdienst 4, 132-137, (1952).
26. RACHOLD, R.: Zur Geschlechtskrankenstatistik, Zeitschr. Der öffentl. Gesundheitsdienst 2, 41-44, (1955).
27. RITTER, G.: Die Entwicklung der Geschlechtskrankheiten im Bundesgebiet und West-Berlin nach dem Krieg auf Grund der Ergebnisse der amtlichen Statistik, Zeitschr. f. Haut- u. Geschlechtskrankheiten 13, 261-266, (1952).
28. SALLER, K.: Zivilisation und Sexualität, Stuttgart (Ferdinand Enke-Verlag), 1956, S. 15-20, 39 ff. 61.
29. SCHELSKY, H.: Soziologie der Sexualität, 81.-90. Tausend, Hamburg (Rowohlt Taschenbuch Verlag G.m.b.H.), 1955, S. 43-47; 1-10.

30. SCHMITH, O.: Sozialhygienische Kriterien zur Zwangsbehandlung Geschlechtskranker, Zeitschr. Der öffentl. Gesundheitsdienst Bd. 12, 434 ff. (1950/51).
31. SCHNEIDER, W. und H. WAGNER: Jugendverwahrlosung und Geschlechtskrankheiten, Zeitschr. Haut- u. Geschlechtskrankh. 18, 331-335, 358-365. (1955).
32. SIEBERT, G.: Zunahme der Geschlechtskrankheiten, Bundesgesundheitsblatt Nr. 15, (1960).
33. THELEN, C.: Zur gegenwärtigen Situation der Geschlechtskrankheiten und ihrer Bekämpfung, Zeitschr. Der öffentl. Gesundheitsdienst 11, 469-477, (1959).
34. WEISE, H.J.: Probleme der Bekämpfung v. Geschlechtskrankheiten in West-Berlin unter den neuen gesetzl. Bestimmungen, Zeitschr. Haut- u. Geschlechtskrankh. Band 24, 167-172 (1958).
35. WEISE, H.J.: Die Entwicklung d. Geschlechtskrankheiten in Berlin (West) während der letzten 10 Jahre, Bundesgesundheitsblatt 22, 337-339 (1960).
36. WEISE, H.J. und I. SIMON: Fünfjahresbilanz einer venerologischen Frauenstation in West-Berlin, Zeitschr. Haut- und Geschlechtskrankh. 27, 191-202, (1959).
37. WHO (= WELTGESUNDHEITSORGANISATION): Epidem. Vital Statist. Rep. (1959) Nr. 12, S. 227.

Herrn Professor Dr. A. MARCHIONINI bin ich zu Dank verpflichtet, weil er das Referat übernommen hat und mir die Möglichkeit gab, in der Bibliothek der Dermatologischen Klinik zu arbeiten.

Bei Herrn Privatdozent Dr. Dr. S. BORELLI bedanke ich mich für das Thema der Arbeit und die hilfreiche wegweisende Kritik.

Besonderen Dank schulde ich Herrn Obermedizinalrat Dr. R. HERMANNSTORFER, der mich in die Problematik der Münchener Verhältnisse einführte und mir auch darüber hinaus mit Rat und Tat zur Seite stand.

LEBENS LAUF

Ich, Johann Michael Mühlinghaus, wurde am 27.9.35 als Sohn von Dr. Ing. Alexander Mühlinghaus und Elisabeth Mühlinghaus geb. Eichhoff in Wiesbaden geboren. Dort besuchte ich auch die Volksschule drei Jahre, - ein weiteres Jahr in Neviges/Rhld.

Die drei ersten Jahre meiner Gymnasialzeit verbrachte ich auf dem Neusprachlichen Gymnasium in Langenberg/Rhld., die letzten sechs auf dem Altsprachlichen Wilhelm Dörpfeld-Gymnasium in Wuppertal. Dort machte ich 1955 das Abitur.

Mein vorklinisches Studium absolvierte ich in Bonn und Wien und beendete es 1957 mit dem Physikum in Bonn. Die klinischen Semester belegte ich in München und Berlin, als Famulus arbeitete ich in Wuppertal, Berlin und Warschau. 1960 schloss ich mein Medizinstudium mit dem Staatsexamen ab.

Seit Juli 1961 bin ich an der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses München-Oberföhring als Medizinal-Assistent tätig.

...the ... of the ...
...the ... of the ...
...the ... of the ...

...the ... of the ...
...the ... of the ...
...the ... of the ...

...the ... of the ...
...the ... of the ...
...the ... of the ...

...the ... of the ...
...the ... of the ...
...the ... of the ...

...the ... of the ...
...the ... of the ...
...the ... of the ...

...the ... of the ...
...the ... of the ...
...the ... of the ...

...the ... of the ...
...the ... of the ...
...the ... of the ...

...the ... of the ...
...the ... of the ...
...the ... of the ...

...the ... of the ...
...the ... of the ...
...the ... of the ...

...the ... of the ...
...the ... of the ...
...the ... of the ...

...the ... of the ...
...the ... of the ...
...the ... of the ...

